

استمارة المعلومات للقاح كوفيد- ١٩

رقم التسلسل في السجل:		رقم البطاقة الموحدة او الجواز:	
اسم المنفذ التلقيحي			
دائرة الصحة :	مستشفى:	قطاع:	مركز صحي:
الاسم:	المواليد: / /	الجنس:	
رقم الموبايل:	المهنة:		
العنوان/ محافظة:	قضاء:	حي:	
الانثى:	حامل*	* لا تعطى اللقاح	
هل حدثت لك صدمة وعائية شديدة مع فقدان الوعي بسبب اخذ دواء او لقاح معين؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	كلا
هل لديك امراض مزمنة؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	كلا
هل لديك حساسية؟			
<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>	كلا

استمارة الموافقة على اخذ لقاح كوفيد - ١٩ المقر للاستخدام الطارئ من قبل وزارة الصحة في العراق

من خلال التوقيع على هذه الموافقة اقر بما يلي:

- ١- لقد تلقيت شرحاً شفهياً عن لقاح كوفيد - ١٩ وتمت الإجابة عن كافة اسئلتى بشكل يرضيني.
- ٢- اعلم أن هذا اللقاح يتطلب جرعتين في اوقات مختلفة واتعهد بانني سأعود لأخذ الجرعة الثانية من اللقاح في نفس المؤسسة وذلك من اجل تحقيق الفائدة المرجوة من اللقاح.
- ٣- اتفهم ان هذا اللقاح اقر للاستخدام الطارئ من اجل السيطرة على تفشي مرض كورونا والحد من خطورته وقد يسبب هذا اللقاح ظهور بعض الأعراض الجانبية مختلفة الشدة.
- ٤- اتفهم ان اخذ لقاح كوفيد-١٩ قد لا يوفر حماية بشكل كامل من الاصابة بفيروس كوفيد-١٩ وبالتالي فأني مطالب باتباع التدابير الاحترازية وحسب توصيات السلطات الصحية.
- ٥- التزم بالبقاء في قاعة الانتظار ضمن المنفذ التلقيحي ما بعد التلقيح لمدة تتراوح ما بين (١٥-٣٠ دقيقة) وحسب توصيات الفريق الطبي.
- ٦- تم اعلامي ان اعطاء هذا اللقاح يتم من قبل مقدمي الرعاية الصحية المؤهلين وفقاً للقوانين واللوائح المحلية.
- ٧- تنطبق هذه الموافقة على اخذ الجرعتين الأولى والثانية من لقاح كوفيد- ١٩.
- ٨- اتفهم ان تقديم الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الصحية كافة يتم استنادا الى البروتوكول العالمي المعتمد من قبل وزارة الصحة.

سيتم الاحتفاظ بهذه الوثيقة في المؤسسة الصحية.

اقر أنني الموقع ادناه أنني قد اطلعت على كافة التفاصيل اعلاه ولأجله وقعت:

الاسم:

البصمة (لمن لا يقرأ ويكتب):

التوقيع:

ملاحظة: (في حال عدم امكانية التوقيع او البصمة من قبل المستفيد من الخدمة يوقع الشخص المرافق له بالنيابة عنه).